

die wel een vergrote prostaat hebben, maar daarvan geen klachten hebben. Het zou nu interessant zijn te weten, hoe de frequentie is van neurologische stoornissen, die mictieklachten geven, onder andere parkinsonisme, tabes dorsalis, achterstrengdegeneratie bij perniciëuse anemie en enkele andere neurologische beelden, bij mannen boven de 70 jaar. Hierover heb ik geen behoorlijk cijfermateriaal kunnen vinden. Zou men bij wijze van uitzondering mogen speculeren en de frequentie op 1 procent stellen, dan geeft dit het volgende resultaat: 10 procent van de mannen boven de 70 heeft mictieklachten door de vergrote prostaat; 1 procent heeft mictieklachten op neurologische basis, ook al hebben ze een vergrote prostaat en 1 procent heeft klachten op gemengde basis. Met andere woorden 1 op de 12 mannen, die met mictieklachten en een vergrote prostaat

komen, heeft mictieklachten, die niet door zijn grote prostaat worden veroorzaakt. Volgens de statistieken bedraagt de operatiemislukking van de prostaatctomie 7-16 procent; verschillende oorzaken worden daarvoor opgegeven, onder andere slechte algemene toestand. Nergens staat als oorzaak foutieve diagnostiek; 1 op 12 is echter 8 procent. Mogelijk kan deze speculatie een bijdrage leveren tot de verklaring van de operaties zonder resultaat.

Het belangrijkste is echter, dat men als huisarts zelf de diagnose prostaatlijden of neurologisch lijden kan stellen en daardoor de juiste therapie kan aangeven. Hiermede zullen onze oudere patiënten, die niets meer voor ziekenhuizen, laat staan voor operaties voelen, zeer gelukkig zijn.

Gulik van, F. H. (1957) Ned. T. Geneesk. 101, 304.

Over patiënten, die klachten hebben zonder dat er lichamelijke afwijkingen zijn te vinden

DOOR P. VAN WIRDUM*

In de laatste jaren is er grote belangstelling voor de psychosomatische beschouwingwijze, volgens welke lichamelijke aandoeningen kunnen ontstaan onder invloed van psychische factoren. Als voorbeeld van zo'n échte psychosomatische aandoening kan het geval worden genoemd van een vrouw, die in het ziekenhuis werd opgenomen, omdat ze enige uren, nadat haar man tot een zware gevangenisstraf werd veroordeeld, een ernstige maagbloeding kreeg. Er komen echter ook vele patiënten bij hun dokter met lichamelijke klachten, zonder dat somatische afwijkingen bij hen zijn te vinden. Vaak vindt men bij nauwkeurige bestudering wel aanwijzingen, dat bij hen psychische factoren in het spel zijn. Deze groep patiënten is vrij groot, maar het is niet mogelijk een exact percentage te geven.

Aan een kant hangt het van de instelling van de arts af, hoeveel waarde deze nog wil hechten aan bepaalde veel voorkomende verschijnselen als spondylitis om de klachten te verklaren, aan de andere kant zal de psychiatrisch geschoolde arts veel meer psychische afwijkingen vinden dan zijn collega, die minder kijkt heeft op psychische factoren. Men krijgt wel eens de indruk, dat de kritische scholing van de arts juist voor de beoordeling van dergelijke gevallen te kort schiet. Velen zoeken „coute que coute” een verklaring van de klachten en voeren daartoe, als niets anders is te vinden, afwijkingen als de bovengenoemde spondylotische aan. Zij vragen zich niet af, waarom die spondylitis, die vaak al langer bestond, juist nu klachten zou geven en waarom ve-

le andere mensen, die ook een dergelijke afwijking hebben, niet met klachten komen. Mogelijk leidt soms ook een angst voor de leegte van het niet duidelijk weten naast een dwang om iets concreets te kunnen zeggen en iets te kunnen doen, tot een dergelijke instelling.

In dit artikel zal nu een poging worden gedaan dat klagen, waarvoor geen duidelijke afwijkingen zijn aan te voeren, van de psychische kant te benaderen. Naar mijn mening zijn er twee onderwerpen, die daarbij als sleutels moeten dienen. In de eerste plaats is dat de angst, die ook van centraal belang is bij de bestudering van de neurose, in de tweede plaats het mechanisme van het klagen.

Angst als bron van klachten. Veel klachten van de patiënten, die geen lichamelijke afwijkingen hebben, blijken bij nauwkeurige beschouwing angstverschijnselen te zijn. Ik ben zelfs geneigd mij af te vragen, of geen organische oorzaak over het hoofd werd gezien, als men meent met een dergelijk geval te doen te hebben en de psychiater geen angstverschijnselen kan vinden. Het omgekeerde, namelijk dat bij de aanwezigheid van duidelijke angstverschijnselen somatische oorzaken van de klachten kunnen worden uitgesloten, gaat uiteraard niet op. Wel zijn deze onwaarschijnlijk als bij analyse van de klachten blijkt, dat het eigenlijk alleen om verschijnselen gaat, die aan angst verwant zijn, vooral als nog kan worden aangetoond, dat deze hoofdzakelijk in situaties met een heel bepaalde psychische betekenis optreden. Men zou zeggen, dat de kans op het vinden van een somatische afwijking dan niet veel zal verschillen met die bij een routineonderzoek.

* Psychiater voor de psychosomatiek van het gemeenteziekenhuis aan de Bergweg te Rotterdam.

Angstverschijnselen komen vaak voor als lichamelijke equivalenten van angst, waarbij de beleving van het affect, het angstgevoel dus, bijna geheel is weggevalven. De patiënt klaagt dan over sensaties in de hartstreek, hartkloppingen, bleek worden, droge mond, een gevoel van beklemdheid op de keel en mictie- of defaecatiedrang en het blijkt vaak, dat hij van deze verschijnselen vooral onder speciale omstandigheden last heeft. Als men de geschiedenis van de patiënt kent, is het meestal ook wel te begrijpen dat dergelijke omstandigheden hem angst geven.

Naast deze duidelijk somatische verschijnselen komen vaak meer psychische voor, zoals bijvoorbeeld een gevoel van onrust of een gevoel zich niet te kunnen concentreren, welke gevoelens op ons de indruk maken van angstverschijnselen, maar die de patiënt zelden als zodanig interpreteert. In dit verband is de psycho-analytische ervaring, dat de patiënt in de loop van een behandeling vaak in allerlei situaties angst kan gaan beleven, waar dat tevoren niet het geval was, belangrijk. Vooral in een eigen analyse merkt men dat goed. In toestanden, waarin men later duidelijk angst zou voelen, was er vóór de analyse een gevoel van spanning of beklemming met een soort radeloosheid, waardoor men, als van buitenaf komend, werd overvallen, terwijl de angst, die tot bewustzijn komt, meer als een instelling van zichzelf wordt gevoeld. Een dergelijke angst is ook gemakkelijker te dragen.

Voor nu verder over de angst wordt gesproken, is het nodig erop te wijzen, dat in deze beschouwing verschillende verschijnselen zoals schrik, vrees, paniek en remming ook daartoe zullen worden gerekend. In dit verband is het niet nodig daarover te theoretiseren en om dat later ook zoveel mogelijk te vermijden lijkt het gewenst te beginnen met een voorbeeld, waaraan de belangrijkste problemen kunnen worden gedemonstreerd. Nemen we daartoe het geval van een dertigjarige bedrijfsleider, die een heftige aanval van pijn in de hartstreek met een gevoel van benauwdheid kreeg, terwijl hij in de trein zat. Deze patiënt moest de trein op een tussenstation verlaten en zijn reis afbreken. Het bleek, dat hij al eens eerder bij tijden een gevoel van beklemdheid op de borst had, dat echter nooit zo heftig was geweest. De man voelde zich bij de eerste grote aanval wel angstig, maar dat was volgens hem gevolg van zijn benauwdheid en niet de oorzaak ervan. Het doel van de reis leek hem ook niet van betekenis. Als oorzaak zag hij een lichamelijke afwijking, gecombineerd met de benauwde atmosfeer in de trein.

Het bleek, dat patiënt op reis was om een jubileum van zijn vader bij te wonen. Hoewel hij er niet direct veel zin in had, was hij zich evenmin bewust van tegenzin en voelde hij het als zijn plicht te gaan. Het bleek, dat de vroegere gevoelens van beklemdheid ook vaak optraden als vader of de schoonouders op bezoek waren en dat patiënt toch wel zeer ambivalent tegenover allerlei autoriteiten en speciaal tegen zijn vader was ingesteld. Hij kon zich

nooit rustig voelen in hun nabijheid. Deze gevoelens van beklemdheid konden soms al optreden, als hij de auto van zijn directeur zag. Het is alsof deze man autoriteiten niet objectief als „ook maar mensen” kon zien. Zelf probeerde hij zich vaak voor te houden, dat ze dat waren, maar als hij tegenover hen stond, was hij het weer vergeten. Telkens als hij hoorde dat iemand, die een zeker aanzien genoot, een misstap beging, wekte dat ook overdreven woedegevoelens op, waar hij dan later wel weer objectief tegenover kon staan. Het was alsof de wereld rondom autoriteiten bij de minste of geringste aanleiding haar structuur verloor. De autoriteiten hielden dan niet meer hun eigen beperkte plaats en hun menselijke goede en slechte eigenschappen, terwijl patiënt naast hen ook zijn plaats had, maar alles liep door elkaar. Hun auto vormde al een bedreiging. De man had ook niet het gevoel dat hij hen uit de weg kon gaan of kon proberen te benaderen, al naar hij daar zin in had, en dat hij eventueel bij een opgedrongen contact, waaraan niet te ontkomen was, een innerlijke distantie kon aanhouden. Hij kon vaak alleen maar passief zijn, of vluchten. Ook zou hij agressief kunnen zijn, maar dat remde hij zoveel mogelijk af. Kon hij niet vluchten, hoewel hij er neiging toe had, dan kreeg hij, nadat eenmaal de eerste aanval in de trein was opgetreden, later steeds dergelijke aanvallen.

Zelf voelde patiënt zich vaak een kleine man, die niets had gepresteerd en die belachelijk was, terwijl hij op andere tijden prat kon gaan op de positie, die hij door zijn harde werken had bereikt. Weinigen uit zijn omgeving wisten van zijn grote innerlijke onzekerheid; over het algemeen zag men hem als een rustige, beheerste man. Merkwaardig waren ook de passieve toestanden, die hij soms duidelijk voelde in het bijzijn van autoriteiten en vrouwen. Het was of hij zweefde, hij handelde automatisch en later wist hij niet goed meer wat er gebeurde. Ook onder andere omstandigheden trad wel een soort angstgevoelens op, bijvoorbeeld als hij hoog in een gebouw voor een raam stond. Hij voelde dan een neiging naar beneden te springen. Het was voor hem of hij zijn „ik” min of meer kwijtraakte en dat gaf hem dan weer een vage angst, dat hij wel eens in een gekkenhuis zou moeten worden opgeborgen. Verder waren er soms sadistisch gekleurde dagdromen over vrouwen, waarover hij echter slechts en passant kon spreken.

Een situatie, waarin deze patiënt zich ook altijd beklemd voelde, was de kappersstoel. Pas toen hij enige tijd onder behandeling was, werd hem duidelijk, dat hij daarin ook grote angst had. Het lijkt wel goed aan deze gevoelens van beklemdheid tijdens de behandeling bij de kapper extra aandacht te geven, omdat ze een veel voorkomend verschijnsel bij mannelijke neurotici blijken te zijn. Er is van neurologische kant nogal eens op gewezen, dat in de kappersstoel allerlei vreemde sensaties op zouden treden ten gevolge van afklemming van de arteriae vertebrales, doch ik ben ervan overtuigd dat deze sensaties in de meeste gevallen gevolg zijn van dezelfde

angst, die maakt dat vele kinderen niet dan krijgend en onder heftig protest zich de verzorging van hun lokken laten welgevallen.

Als we ons afvragen wat de diepere oorzaak van een dergelijke onzekerheid en van deze angstverschijnselen is, kan erop worden gewezen, dat deze patiënt zelf na enige gesprekken al verband legde met zijn jeugd. Hij was enig kind. Vader was stil en uitte zich bijna niet. Moeder was heel bezorgd voor patiënt. Ze vond het niet prettig als hij op straat speelde, ze nam hem altijd graag overal mee naar toe en ging bijvoorbeeld nog lang mee als hij naar de kapper moest. Ze zat er achterheen, dat hij goed leerde en dat hij altijd netjes was. Hij mocht eigenlijk nooit eens rommel maken in huis. Straf kreeg hij niet veel, alleen als hij lelijke woorden zei of zich vies maakte. Eén voorval vertelt patiënt in dit verband, dat hij nooit heeft kunnen begrijpen. Hij was toen ongeveer dertien jaar. Moeder stond wat met de rok te schuren, omdat ze kennelijk jeuk tussen de benen had, waarop vader zei: „doe dat niet waar de jongen bij is”. Moeder antwoordde: „Och, die begrijpt ook wel wat ik doe” en vroeg tot zijn grote verbazing aan hem: „Niet waar, kerel?” De kerel zelf bracht er toen wat blozend uit: „Je zit natuurlijk aan je piem”, waarop de ouders begonnen te lachen. Pas veel later zou hij de anatomische fout begrijpen en op het moment, dat hij het verhaal vertelde, was hij nog altijd verwonderd, dat zijn moeder iets dergelijks had gezegd in zijn bijzijn en dat zijn ouders over zoiets konden lachen. Toch was hij helemaal niet zo preuts en vertelde hij zelf graag bedenkelijke grappen. Hij heeft altijd het gevoel gehad, dat zijn ouders erg goed voor hem waren, maar dat ze hem geen ruimte lieten zichzelf te zijn en zelf het leven van allerlei kanten te bekijken. Later, toen hij toch wel ervaringen had opgedaan, was het of hij in het bijzijn van zijn ouders al zijn ervaringen kwijt was. Hij kon niet zichzelf zijn, wist zijn gevoelens tegenover hen vaak niet goed en begreep ook niet hoe zij dachten. Tot slot moet nog uit de geschiedenis van deze patiënt een merkwaardig feit worden vermeld, namelijk dat hij het overlijden van zijn moeder zonder veel emotie had beleefd. Hij was ook naar zijn eigen mening wel erg op moeder gesteld en was verwonderd en ook wel verheugd, dat hij zich zo gemakkelijk over haar dood heen had kunnen zetten. Een jaar na dit overlijden kwam de eerste angstaanval in de trein en daarna kreeg patiënt voortdurend klachten, die hij voor een groot deel als gevolg van een lichamelijke aandoening zag, maar die voor de arts duidelijk neurotisch waren. Vooral cardiale verschijnselen speelden een grote rol. Dit is vaak het geval en de belangrijke rol van het vasculaire systeem bij de angst zal daarvoor wel aansprakelijk zijn. Toch kan men zich in dit geval afvragen, of ook niet het feit, dat moeder stierf aan een hartinfarct, een rol speelde.

Over het algemeen is men geneigd angst te beschouwen als een toestand, die optreedt bij bedreiging. Dat gaat echter vaak niet goed op. De angst, die onze patiënt had om op het jubileum van zijn

vader aanwezig te zijn, kan eigenlijk al niet goed op die manier worden beschouwd. Beter lijkt het angst direct in verband te brengen met het feit, dat het subject zijn houding niet kan vinden in een situatie. Het is alsof het in de wereld niet goed de structuur kan zien, zoals onze patiënt op een gegeven moment niet de plaats en de beperktheid van de autoriteit en daarnaast zijn eigen plaats kon zien. Bepaalde personen en objecten in die wereld krijgen een te grote betekenis. Aan de andere kant is het subject niet zeker van zichzelf en zijn reacties. Het is verklaarbaar dat dit vooral na een trauma het geval zal zijn. Verder kan men het met onze patiënt eens zijn, dat de innerlijke zekerheid nauw samenhangt met de mogelijkheid, die men in zijn eerste sociale milieu, het gezin, kreeg, om voldoende een eigen positie tegenover de mensen in te nemen. Het blijkt, dat in het latere leven de wereld wordt gestructureerd naar de ervaringen in de gezinsgemeenschap. Verder geldt, dat men bepaalde personen onder omstandigheden sterker als een soort vader of moeder gaat beleven, naarmate men angstiger in het leven staat.

Aan de andere kant is het echter zo, dat niet slechts door een onvermogen tot structureren angst ontstaat, maar dat ook onder invloed van de angst de structurering steeds slechter wordt. Dit lijkt verklaarbaar, als we de angst niet alleen als negatief zien, maar ook als een positieve reactievorm. Bij dieren is het duidelijk, dat de angstreactie een instinctief gedrag is, dat dient tot bescherming van het individu. Bij mensen kan de angst, naar mijn mening, ook nut hebben. Het subject, dat niet kan structureren en zich geen houding kan geven, komt er in een angsttoestand toe om op een veel eenvoudiger niveau, eigenlijk instinctief, te structureren en agressief te zijn of te vluchten. Dit doet denken aan de stressreacties op organisch terrein. In bepaalde gevallen kan het daar ook ondoelmatig zijn om specifiek te reageren en treedt er een stressreactie op, die minder specifiek is. Het is op psychisch gebied alsof met het intreden van de angst het gedrag niet meer op het niveau van het bewuste specifieke reageren blijft, maar of het op een lager niveau terugvalt. Zo komt er tenminste een reactie, terwijl anders het subject mogelijk niet los zou kunnen komen uit de situatie.

Dergelijke reacties komen veel meer voor dan men denkt. In veel primitieve gedragingen blijkt namelijk de angst en de agressie een grote rol te spelen. Toch kunnen we ons vaak, zolang we nog de mogelijkheid tot enige bewuste controle hebben, zelfs een dergelijke primitieve uitlaat niet toestaan. Er treedt dan angst op voor de vluchtneiging en voor de agressie, of voor de reactie waarin deze een grote rol spelen. Deze angst voor de angstreactie is in de neurose van grote invloed. Dit is verwant met de opvatting uit de psychoanalyse, dat de neurotische angst een afweer is, een signaal, waarmee het ik zichzelf waarschuwt tegen ontoelaatbare primitieve neigingen. Alleen worden in de analyse deze nei-

gingen niet gezien als vormsels, die zo primitief zijn als gevolg van angst.

Volgens de leerboeken kan men verschillende soorten neurosen onderscheiden. Laten we de dwangneurose, die in verband met ons onderwerp niet belangrijk is, buiten beschouwing, dan is er als eenvoudigste beeld de angstneurose, waar duidelijke angstverschijnselen op de voorgrond treden. Bij de angsthysterie is de angst gebonden aan bepaalde situaties, bijvoorbeeld de straat, of aan objecten zoals messen of scharen. Deze situaties of objecten, die een diepere psychologische betekenis hebben, worden dan gemeden en zodoende heeft de patiënt weinig hinder van zijn angst. Hiervoor in de plaats is een beperking gekomen van het gebied, waarop hij zich in de wereld kan bewegen. Bij de conversiehysterie is er juist een beperking van de functies van de patiënt. Bepaalde bewegingen kan hij of zij niet meer uitvoeren, of hij kan bijvoorbeeld niet spreken of niet zien. Deze stoornissen betreffen functies, waarvan de uitoefening een bijzondere psychologische betekenis heeft en met angst beladen is. In de tegenwoordige praktijk, zelfs in die van de zenuwarts, komen de imponerende hysterische afwijkingen bijna niet meer voor. Kennelijk speelt bij deze afwijkingen het feit, dat de omgeving ze aanvaardt en ze zo een bijzondere betekenis geeft, een rol. Axel Munthe wees er trouwens al op, dat de grande hystérie in de Salpêtrière welig gedijde als gevolg van de belangstelling, die Charcot en zijn school ervoor had.

Mijn indruk is, dat tegenwoordig vrij veel gevallen van hystérie de vorm van onduidelijke reumatische ziektebeelden aannemen. Zo zag ik kort geleden een man, die veel pijn had bij de beweging van zijn rechter arm, en bij wie de diagnose was gesteld op een „shoulder-hand-syndroom”. Er waren op de röntgenfoto's van de halswervelkolom geringe afwijkingen, zoals die bij de meeste mensen van zijn leeftijd worden gevonden. Verder was als enige afwijking te vinden een antagonistenspanning, die bij elke beweging van de arm opviel, terwijl ook in rust de spieren wat gespannen werden gehouden. Uit het psychiatrisch onderzoek bleek, dat patiënt de klachten had gekregen na een heftig conflict met zijn liefste dochter, die hij met een halfbloed had zien lopen. Zelf werd hij zich bewust, dat hij opeens geen andere uitweg zag dan haar af te ranselen. Hij gaf haar echter maar één klap en hield zich verder in. Sindsdien had hij een stijf gevoel in de arm. De functie van de arm had dus ook in dit geval een heel bijzondere betekenis. Patiënt had angst voor de primitieve doorbraak die dreigde, en daarmee hing de antagonistenspanning samen. Tegelijkertijd gaf het feit, dat hij leed voor zijn ondankbare dochter en dat verschillende artsen aandacht voor hem hadden, een bijzondere bevrediging. Daar hysterische verschijnselen vaak functies betreffen, die onder bewuste controle staan en waarbij dus de dwarsgestreepte spieren een rol spelen, zal de kans groot zijn, dat juist onder reumatische klachten veel hystérie schuilgaat, vooral nu in de tegenwoordige

tijd allerlei reumatische aandoeningen veel aandacht krijgen.

* * *

In de praktijk komt er van de onderscheiding der neurosen volgens de leerboeken weinig terecht. Als regel vindt men een mengeling van hysterische, angsthysterische en angstneurotische trekken, zoals kan blijken uit het voorbeeld van de bedrijfsleider. Belangrijker dan de genoemde onderscheiding is het na te gaan, hoe het met de verwerking van de angst gesteld is. Men kan namelijk gevallen onderscheiden, waar nog duidelijk de angst als zodanig of angstequivalenten op de voorgrond staan en andere, waar afweer tegen de angst de grootste rol speelt. In het laatste geval kan men zeggen, dat de patiënt zijn leven heeft opgebouwd om de angst.

Bij de patiënt met de armklachten bestond zo al een vrij sterke fixatie van de angst. Er waren bij tijden nog wat klachten van beklemdheid in de hartstreek, maar over het algemeen voelde patiënt zich rustig. Hij meende, dat hij wel nooit meer zou kunnen werken en had zich daar eigenlijk ook bij neergelegd. Hij ging weliswaar weinig meer van huis, maar daar stond tegenover dat hij meer aandacht kreeg. Zelfs het feit, dat zijn dochter waarschijnlijk nog met de jongen omging, deed hem niets meer; hij had nu genoeg te doen met zijn arm, zoals hij zei. Het was in zeker opzicht, alsof hij in de arm een dierbaar aandenken aan de dochter voor altijd bij zich had.

Ook bij de bedrijfsleider waren er naast verschijnselen van vrije angst en naast het feit, dat patiënt nog voldoende zijn rol in het leven bleef spelen, toch ook allerlei verschijnselen, die erop wezen, dat de angst aanleiding had gegeven tot misvormingen in zijn houding tegenover de wereld. Dat was dan ook niet te verwonderen, gezien het feit, dat er een duidelijk verband was met vrij sterke stoornissen in de jeugd.

Als de angst nog weinig gebonden is, heeft men de beste kans de patiënt te helpen. Men moet er dus eigenlijk rekening mee houden, dat in de psychiatrie, evenzeer als in de chirurgie, het probleem van de urgentie bestaat, ook al rekent de psychiater, ten minste wat dit betreft, met een grotere tijdseenheid dan het uur. Men zal zich afvragen, hoe dit urgentieprobleem te rijmen is met het feit, dat de meeste neurosen kunnen worden teruggevoerd op de jeugd. Daartoe moet men voor ogen houden dat er vele mensen zijn, die wel neurotisch reageren, maar die toch een vrij behoorlijke aanpassing hebben. Op een gegeven moment kan zo'n patiënt dan een trauma beleven, dat niet goed kan worden verwerkt en dat aanleiding geeft tot ernstige neurotische stoornissen. Zowel bij de bedrijfsleider als bij de man met de armklachten was iets dergelijks het geval.

Voor nu de korte psychotherapie in het middelpunt van de belangstelling komt te staan, zal men aan dergelijke traumata meer aandacht moeten schenken. Het heeft zijn nut mensen bij de verwerking van zo'n trauma, te helpen; ze blijven wel neurotisch, maar krijgen zo toch minder ernstige stoor-

nissen. Daarvoor is het zaak, dat de patiënt het trauma met de angst en de andere emoties zoveel mogelijk bewust beleeft, waartoe hij uit angst zelf niet kan komen. Allerlei mensen, die een fysisch trauma of een operatie opvallend affecteloos hebben doorstaan, blijken soms na enige tijd ernstige neurotische reacties te krijgen. Het is of het gebeuren geïsoleerd blijft en daardoor aanleiding kan geven tot heftige, onbegrijpelijke angst, als zich situaties voordoen, die er psychisch mee in verband staan. Als deze angst dan ook nog weer wordt afgeweerd door allerlei situaties te mijden, ontstaan er zware stoornissen in het sociale functioneren. Ook bij psychische traumata als het verlies van een geliefd persoon is het nodig, dat men niet door blijft gaan onder afleiding het passende verdriet van zich te houden, maar dat men het leed verwerkt en uithuilt. Juist in deze gevallen is de omgeving er op uit de patiënt óf voortdurend afleiding te bezorgen óf een tijdlang een heel bijzondere positie te geven, hetgeen deze verwerking niet ten goede komt. Bij allerlei fysieke en sociale traumata heeft tenslotte ook de medicus positief schuld aan de neurotisering van zijn patiënt, doordat hij de psychische kanten niet zag in de klachten na het trauma en te grote aandacht gaf aan het somatische aspect. Het ergste is dan vaak, dat men op een gegeven moment de psychische factoren wel gaat zien en die aandacht niet meer op kan brengen. Dan verandert de houding en voelt de patiënt, die juist zo'n behoefte aan steun had en op dat punt verwend was, zich verstoten. Dit zal echter nog duidelijker worden na een bespreking van het klagen.

Het klagen. Het is eigenlijk merkwaardig dat wij als artsen wel veel aandacht hebben voor de klachten, maar dat het zelden bij ons opkomt het klagen zelf nader te beschouwen. Blijkbaar is dit ons zo vertrouwd, dat wij er geen problemen in zien. Nemen we dat klagen wel onder de loep, dan zijn er verschillende facetten aan te onderscheiden. In de eerste plaats is er het beleven, dat tot klagen aanleiding geeft. De patiënt ervaart min of meer bewust iets van een onvermogen. Geeft hij zich er meer rekenschap van, dan is het alsof zijn lichaam hem niet voldoende ter beschikking staat als hulpmiddel om in de wereld bezig te zijn, of dat het hem tengevolge van pijn hindert bij die bezigheden. Ook kan het zijn, dat men zich beklagt over de hulpmiddelen in de wereld, bijvoorbeeld over zijn slechte gereedschap of over de andere mensen, die niet deugen. In al deze gevallen is het alsof er een breuk is; men krijgt onvoldoende toegang tot de wereld. Verder is men niet tevreden met de toestand, waarin men verkeert; men zou die toegang toch willen hebben. Vaak is er een begrijpelijke neiging de moeilijkheden niet in het ik, maar in de wereld te lokaliseren; kan dat niet, dan worden ze geplaatst in het lichaam als het tussengebied, dat niet zo vreemd is als de wereld en niet zo eigen als het ik. Het beleven van een dergelijk onvermogen bestaat vaak ook juist bij de neurotische angst. Aan het

voorbeeld van de patiënt, die naar het jubileum van zijn vader ging, kan dit goed worden gedemonstreerd. Door angst, die hij echter niet als zodanig kon zien en die toenam naarmate hij zijn reisdoel naderde, evenals de lichamelijke uiting ervan, moest hij zijn doel opgeven. Dit gaf hem een gevoel van onvermogen, dat hij in verband bracht met de verschijnselen, die hij in zijn lichaam waarnam. Het is zo te begrijpen dat neurotische patiënten juist vaak in verband met de angst, die hen handicapt, hulp inroepen. Zoals we al zagen, wordt de angst ook vaak niet als zodanig onderkend, maar krijgen de lichamelijke equivalenten de volle aandacht. Ook conversieverschijnselen bij een patiënt, die niet helemaal opgaat in een hysterisch levensplan en daar bij tijden uit wil breken, kunnen aanleiding worden tot klachten.

Nadat we het beleven, dat aan het klagen voorafgaat, hebben genoemd, kunnen we enige aandacht geven aan de facetten van het klagen zelf. In de eerste plaats moeten we de klacht zien als een uiting, die op zichzelf al een zekere bevrijding kan geven. Aan de andere kant is de klacht een beroep op een ander. Er is dus het aspect van de uiting en een sociaal aspect. Daarnaast kan de klacht een objectieve betekenis krijgen en zo min of meer los komen van degeen, die zich uit en degeen, tot wie de klacht wordt gericht. In de anamnese, zoals die als regel wordt opgenomen, is de klacht geobjectiveerd; van de uiting van de patiënt en het appél op de dokter vinden we daarin niets terug. Deze objectieve beschrijving, die als document kan worden vastgelegd en doorgegeven, heeft ook grote waarde, hoezeer men soms het verloren gaan van de andere aspecten moet betreuren.

Ik meen aan te moeten nemen, dat het klagen een zeer primitieve oorsprong heeft. Deze wordt duidelijk als men let op de weinig gedifferentieerde vormen van klagen, zoals men die vindt op de grens van het kreunen of kermen en het op klagelijke toon gedane verzoek om hulp. In dat kermen komt het genoemde aspect van de uiting duidelijk te voorschijn, terwijl het aan de andere kant direct appelleert aan de omgeving. Dit laatste kan gebeuren zonder dat de patiënt het bewust wil. De ander, die min of meer toevallig aanwezig is, kan eenvoudig het klagen niet aanhoren, zonder ervan onder de indruk te komen.

Blijkbaar hebben we te doen met een primitief communicatiemechanisme, dat sterk verwant is aan dergelijke mechanismen bij dieren. Vooral de laatste jaren is gebleken, dat in het instinctieve gedrag van dieren het sociale element een grote rol speelt en dat er allerlei fenomenen zijn, die het ene dier als uiting produceert en die bij een soortgenoot instinctieve reacties oproepen. Men kan zodoende zeggen, dat met het kermen op instinctieve wijze een beroep wordt gedaan op de anderen, om de breuk, die er is in de omgang met de wereld, te herstellen.

In het klagen is op deze instinctieve grondslag verder gebouwd. Zo komt een verwantschap tussen de angst en het klagen te voorschijn. Terwijl de angst

samengaat met een reageren op primitiever niveau om zodoende het „niet-kunnen-stelling-nemen” tegenover de wereld te doorbreken, is het klagen een primitiever reageren, waarbij een beroep op de hulp van de omgeving wordt gedaan, daar eigen hulpmiddelen te kort schieten.

Wanneer we zien, dat in de dierenwereld de angstverschijnselen van de een appelleren aan de ander, blijkt er nog een aanrakingspunt. Als het instinctieve appèl, dat van de angst uitgaat, in woorden wordt uitgedrukt, is er een onmerkbaar overgang in het klagen. Angst zal in veel gevallen op het sociale niveau tot uiting komen en aanleiding geven tot klagen.

Het „klagerige” klagen, dat we kennen van veel patiënten, (ook als er lichamelijke afwijkingen zijn) is zo ook te begrijpen. Hier staat namelijk dat element van het appèl nog sterk op de voorgrond. We moeten inzien, dat het geven van een zakelijke anamnese kan wijzen op objectiviteit, die voortkomt uit psychische evenwichtigheid, maar ook op een zo grote stoornis in de omgang met anderen, dat het communicatieaspect niet meer tot uiting kan komen. Bij vele neurotici kan het klagen juist dienen als een mogelijkheid om de communicatie, die verder duidelijk is gestoord, te herstellen. We moeten daar gebruik van maken en geen zakelijkheid verlangen. De neiging, het communicatieaspect in het klagen over

het hoofd te zien, gaat vaak samen met een overwaardering van het somatische aspect door de dokter. Terwijl hij meent de patiënt daarmee au serieux te nemen, doet hij hem in wezen tekort. Zo wordt een versterking van het klagen en een fixeren van de neurotische instelling in de hand gewerkt.

Uit de instinctieve grondslag van het klagen wordt begrijpelijk, dat de patiënt een primitieve directe hulp verwacht en openstaat voor kwakzalverspraktijken. Wij moeten daar echter niet meer dan nodig is aan voldoen.

Fungeren als wonderdokter kan als resultaat een wondergenezing met zich brengen, maar deze blijkt meest maar symptomatisch. Ook lukt zo'n wondergenezing als regel alleen in het begin en als het niet lukt, is verder contact moeilijk. Beter is het te trachten de patiënt niet teleur te stellen, maar hem ook niet als magiër te begoochelen. Dan kan er een basis ontstaan, waarop men de primitieve communicatie van het klagen en het angstig steunzoeken uitbouwt tot één op hoger niveau. De patiënt moet de dokter gaan zien als iemand met speciale kennis, die zijn eigen, maar zijn beperkte plaats heeft, terwijl hij daarnaast zelf ook best een plaats in kan nemen. Dit zal er uiteindelijk toe leiden dat hij zich beter thuisvoelt in de wereld. Daarmee heeft hij meer gewonnen dan met een suggestieve symptoomgenezing, die samengaat met de versterking van een primitief magisch wereldbeeld.

Bevolkingsonderzoek op anemie door de huisarts

DOOR DR. C. W. A. VAN DEN DOOL, HUISARTS TE STOLWIJK

In de algemene praktijk zal men meestal pas een hemoglobinebepaling doen, indien de klachten van de patiënt, die zijn huisarts consulteert, in de richting van een afwijkend hemoglobinegehalte wijzen. Toch zal hij, die de indicatie tot zo'n bepaling ruim stelt, nog al eens worden verrast door soms zeer lage waarden zonder veel klachten, soms zelfs zonder enige klacht. Een op een dergelijke, min of meer toevallige, wijze gevonden anemie kan echter een gevolg zijn van een maagcarcinoom of een aplasie van het beenmerg, om slechts twee voorbeelden te noemen, die in de afgelopen jaren in mijn praktijk voorkwamen. Meestal zal de oorzaak van een op toevallige wijze ontdekte anemie een ijzergebrek zijn.

Om deze ontdekkingen niet van het toeval te laten afhangen, werd deze hemoglobinebepaling bij zoveel mogelijk van mijn patiënten in Stolwijk gedaan, waarbij gebruik werd gemaakt van de administratieve organisatie ten behoeve van het bevolkingsonderzoek op tuberculose. Van dit bevolkingsonderzoek werd aldus een „multiple- of multiphasic screening” gemaakt, zoals *Mulder* en *Van de Weg* reeds in Noordwijk en de Haarlemmermeer deden, door

er een onderzoek op glucosurie aan te verbinden. *Lester Breslow* past in Californië deze methode van de „multiple screening” — waarvoor nog geen goed Nederlands woord is gevonden — al meer dan tien jaar toe, waarbij de onderzochten een hele serie tests ondergaan. Het doel hiervan is om door een vroegtijdige diagnose en therapie een betere prognose te verkrijgen.

In Stolwijk bestond het onderzoek uit het vervaardigen van een kleinbeeldthoraxfoto, het meten van lengte en gewicht, het bepalen van de bloeddruk en het meten van het hemoglobinegehalte van het bloed volgens de Siccamethode. Het onderzoek van de urine was reeds apart georganiseerd (*Van den Dool*). Van de bevolking boven 15 jaar deed 80 procent aan de „multiple screening” mee, in totaal 1.729 personen. Het onderzoek vond plaats in het nieuwe Groene Kruisgebouw en nam slechts vier dagen in beslag, dank zij het inschakelen van acht extra hulpmiddelen.

Wij willen ons beperken tot de resultaten van de hemoglobinebepalingen. Door het inschakelen van een analyste, die de metingen deed, twee hulpmiddelen, die bloed uit de vinger afnamen en twee